

新郷村高齢者等インフルエンザ予防接種費用助成金申請書

年 月 日

新郷村長 様

下記のとおり関係書類を添えて、高齢者インフルエンザ予防接種費用助成金を申請します。

申請者	氏名	
	住所	新郷村大字

(注) この申請書に領収書を添付してください。

上記の助成金を下記により支払ってください。

口座振替	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店	種目	口座番号					
	金融機関コード	店舗コード	1. 普通預金						
			2. 当座預金						
			3. その他						
	フリガナ								
	口座名義人								

添付書類

- 領収書
- 接種履歴を確認できるもの（接種済証等）
- 助成金の振り込みを希望する金融機関の通帳の写し

被 接 種 者	フリガナ		生 年 月 日	大正 昭和 年 月 日	
	氏 名				
	申請者との 続柄				
	請求額	円 (A) と (B) のいずれか少ない額			
		助成上限額 (A)	接種費用 (B)		
		3,000 円/回	円		
	接種医療 機関名		接 種 年月日	年 月 日	
	フリガナ		生 年 月 日	大正 昭和 年 月 日	
	氏 名				
	申請者との 続柄				
	請求額	円 (A) と (B) のいずれか少ない額			
		助成上限額 (A)	接種費用 (B)		
3,000 円/回		円			
接種医療 機関名		接 種 年月日	年 月 日		
フリガナ		生 年 月 日	大正 昭和 年 月 日		
氏 名					
申請者との 続柄					
請求額	円 (A) と (B) のいずれか少ない額				
	助成上限額 (A)	接種費用 (B)			
	3,000 円/回	円			
接種医療 機関名		接 種 年月日	年 月 日		